LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

INFO-PERFORMANCE

Bulletin n° 9 – Décembre 2014

csbe.gouv.qc.ca

Les recommandations du Commissaire

Dans ses précédents rapports, le Commissaire a fait plusieurs recommandations qui auraient, si elles étaient appliquées, des impacts très positifs sur le désengorgement des urgences.

Exploration de nouvelles modalités de prestation des soins. La mise en place de l'accès avancé dans les cliniques de première ligne est une avenue particulièrement prometteuse pour améliorer l'accès. Ce mode de fonctionnement des cliniques permet de libérer des plages horaires réservées aux patients qui ont un problème urgent, grâce au fait que le médecin ne fixe plus de rendez-vous annuels à tous ses patients.

Accroissement de l'interdisciplinarité. Il est démontré que le travail en équipes interdisciplinaires permet d'accroître la qualité des soins, de répondre à la pénurie relative de ressources médicales et, par le fait même, de contribuer à un meilleur accès aux soins et à une meilleure prise en charge des patients.

Révision des responsabilités cliniques des médecins. Il existe actuellement une certaine confusion dans les rôles de la première et de la deuxième ligne. Il faudrait donc revoir les responsabilités cliniques et les modalités organisationnelles afin d'assurer une meilleure complémentarité entre le travail du médecin spécialiste et celui du médecin de famille. Cela aurait un impact direct sur l'accessibilité et l'engorgement des urgences.

Révision du mode de rémunération des médecins. La rémunération à l'acte paraît moins adaptée pour répondre aux besoins diversifiés d'une population vieillissante ayant davantage de maladies chroniques. Il faudrait donc opter pour une mixité de modalités de rémunération afin de favoriser l'interdisciplinarité et la mise en place de nouvelles modalités de prestation des soins.

Plus d'information >>

Dans ce numéro

Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013

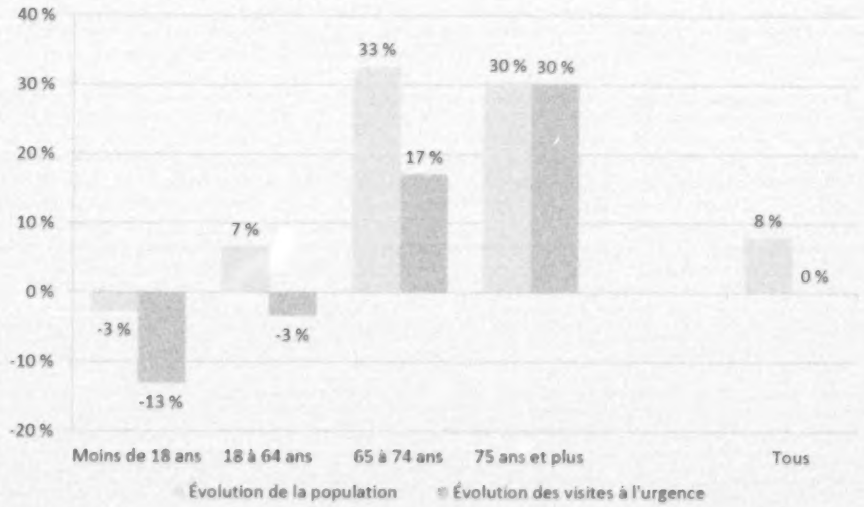
LE NOMBRE DE VISITES AUX URGENCES EST RESTÉ STABLE MALGRÉ L'AUGMENTATION ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

En 2012-2013, près de 3,4 millions de visites ont été effectuées dans les urgences du Québec, et ce, pour une population de 8,1 millions de personnes. Environ un tiers de ces visites (1,09 million) sont des visites sur civière et deux tiers (2,34 millions), des visites ambulatoires.

Dans les dix dernières années, la population du Québec a augmenté de 8 % (et les personnes âgées, de plus de 30 %), mais le nombre de visites aux urgences est resté stable. Plus précisément, le nombre de visites a baissé chez les personnes de moins de 65 ans et augmenté chez les personnes de 65 ans et plus (figure 1).

Il y a donc eu une diminution globale du nombre moyen de visites à l'urgence par personne, ce qui peut être considéré comme un gain d'efficience du système. Ce gain d'efficience n'est pas négligeable. En effet, si les taux de visites à l'urgence selon l'âge avaient été les mêmes en 2003-2004 et en 2012-2013, les urgences du Québec auraient dû prendre en charge 330 000 visites de plus. Le gain d'efficience dans les dix dernières années a donc permis d'éviter près de 10 % des visites. Néanmoins, pratiquement tous les gains d'efficience à l'urgence ont été faits chez les enfants et les adultes de 18 à 64 ans. Pour les personnes plus âgées, le nombre moyen de visites par personne ne diminue pas. Cela soulève la difficulté, pour les personnes âgées, de trouver d'autres possibilités que l'urgence.

Figure 1 Évolution de la population et du nombre de visites à l'urgence de 2003-2004 à 2012-2013, selon l'âge (en %)



Référence : CSBE (2014). *Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.

LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

INFO-PERFORMANCE

Bulletin n° 9 – Décembre 2014

csbe.gouv.qc.ca

DE NOMBREUSES VISITES AUX URGENCES POURRAIENT ÊTRE TRAITÉES EN PREMIÈRE LIGNE

En 2012-2013, les cas les moins urgents (niveaux de priorité 4 et 5), qui pourraient en grande partie être traités ailleurs, représentaient un peu plus de 60 % des visites dans les urgences du Québec (figure 2).

L'une des causes des visites à l'urgence des cas de priorité 4 et 5 est le manque d'accès aux médecins de première ligne et aux plateaux techniques à l'extérieur de l'hôpital. En effet, dans les études du Commonwealth Fund sur l'utilisation des services de santé, 40 % des patients qui vont à l'urgence indiquent qu'ils auraient pu aller chez leur médecin si celui-ci avait été disponible.

L'amélioration de l'accès en première ligne permettrait donc de diminuer sensiblement l'achalandage dans les urgences du Québec.

UN VIEILLISSEMENT IMPORTANT DE LA CLIENTÈLE AUX URGENCES

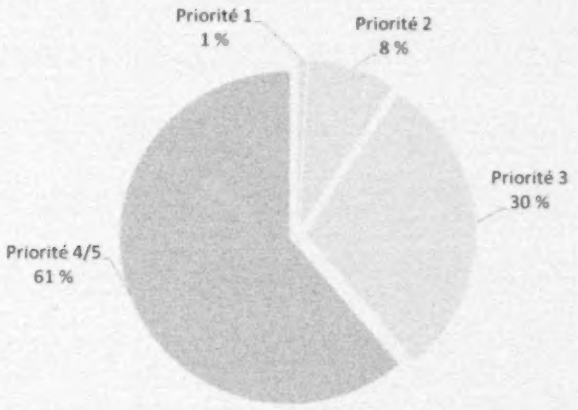
Comme le nombre de personnes de 65 ans et plus dans la population a fortement augmenté dans les dix dernières années, le nombre de visites à l'urgence, chez ces personnes, a lui aussi beaucoup augmenté.

En 2003-2004, une visite sur civière sur cinq (21 %) était faite par une personne de 75 ans et plus, alors qu'en 2012-2013, c'était le cas d'une visite sur quatre (26 %). Comme la population poursuivra son vieillissement dans les prochaines années, l'alourdissement de la clientèle aux urgences devrait aussi se poursuivre. Ainsi, en 2021-2022, on prévoit qu'une visite sur civière sur trois (34 %) sera faite par une personne de 75 ans et plus (figure 3).

Cet « alourdissement » de la clientèle à l'urgence est probablement l'une des causes de l'allongement des séjours moyens. De 2003-2004 à 2012-2013, le séjour moyen pour les visites ambulatoires à l'urgence est passé de 3,1 à 4,6 heures (une augmentation de près de 50 %) et, pour les visites sur civière, de 16,6 à 18,4 heures (une augmentation de 11 %). On note toutefois que les séjours moyens à l'urgence se sont stabilisés dans les dernières années.

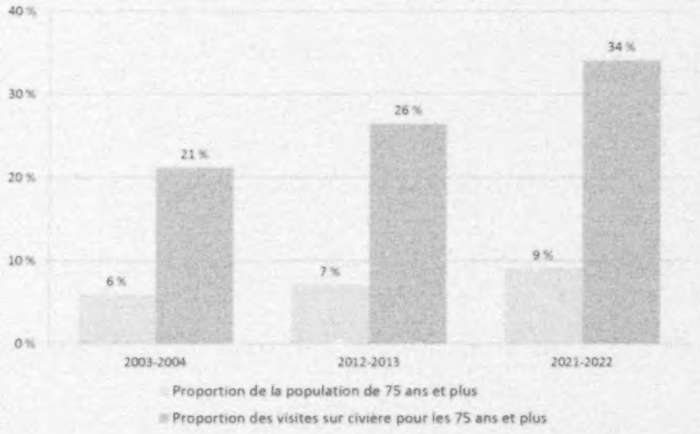
Finalement, il existe d'importantes disparités régionales relativement à l'accès aux urgences. Selon les régions, le séjour moyen pour les visites ambulatoires passe de 2,5 à 6,3 heures (la moyenne pour l'ensemble du Québec est de 4,4 heures). On observe que les régions qui ont connu la plus grande croissance de la population (Outaouais et régions en périphérie de Montréal) sont également celles où les séjours moyens à l'urgence sont les plus longs. Il est donc possible que l'augmentation des ressources en santé dans ces régions n'ait pas suivi l'augmentation de la population, ce qui a pu créer un déséquilibre entre l'offre de services et les besoins.

Figure 2 Répartition des visites à l'urgence selon le niveau de priorité, en 2012-2013



Légende : Niveau de priorité 1 = cas les plus urgents, 5 = cas les moins urgents

Figure 3 Proportion de la population de 75 ans et plus et proportion de civières occupées par ces personnes (2003-2004, 2012-2013 et projection pour 2021-2022)



Référence : CSBE (2014). *Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.

LA MISSION DU COMMISSAIRE

La mission du Commissaire à la santé et au bien-être consiste à apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois.

Chaque année, le Commissaire publie un rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux.

Commissaire à la santé et au bien-être

Québec